FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1970 THÈSE N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Marie, France CLAVIER

Née le 19 Décembre 1940, à Paris

Présentée et soutenue publiquement le 1970

IRIDECTOMIE FILTRANTE TYPE SCHEIE

Indications et résultats

Président : M. OFFRET, Professeur

PARIS — 1970

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1970 **THÈSE** N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Marie, France CLAVIER

Née le 19 Décembre 1940, à Paris

Présentée et soutenue publiquement le 197

IRIDECTOMIE FILTRANTE TYPE SCHEIE

Indications et résultats

Président : M. OFFRET, Professeur

PARIS — 1970

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A MES PARENTS

avec toute ma tendresse

A MA SOEUR

A MON FRERE

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

en témoignage de mon affection.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550207_0028

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR Guy OFFRET

Professeur de Clinique Ophtalmologique à la

Faculté de Paris

Ophtalmologiste des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait profiter de son enseignement durant notre passage dans son service.

Qui nous a fait le grand honneur de présider cette thèse.

Qu'il trouve ici le témoignage de notre profonde reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR Guy CERNET

Professeur de Clinique Ophtalmologique à la

Faculté de Paris

Ophtalmologiste des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait profiter de son enseignement durant votre passage dans son service.

Qui nous a fait le grand honneur de présider cette thèse.

Qu'il trouve ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE POULIQUEN

Il nous a inspiré cette thèse.
Nous le remercions de l'intérêt
qu'il a bien voulu nous témoigner
en nous guidant dans notre spécialité.
Qu'il soit assuré de notre respectueux attachement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DEMAILLY

Il nous a guidé dans sa réalisation
avec nos remerciements, l'expression
de notre sincère reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ADRIEN POULIQUEN

Il nous a inspiré cette thèse.
Nous le remercions de l'intérêt
qu'il a bien voulu nous témoigner
en nous guidant dans notre spécialité.
Qu'il soit assuré de notre respec-
tueux attachement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DEMAILLY

Il nous a guidé dans sa réalisation
avec des remerciements, l'expression
de notre sincère reconnaissance.

A MADAME LE DOCTEUR S. BRAUN-VALLON

Ophtalmologiste des Hôpitaux

Elle fut notre premier Maître en Ophtalmologie et nous fit apprécier la noblesse de cette discipline.
Qu'elle trouve ici l'expression de notre respectueuse admiration et de notre sincère gratitude.

AUX OPHTALMOLOGISTES DU CENTRE HOSPITALIER DE VERSAILLES

MONSIEUR LE DOCTEUR P. PLESSIER

MONSIEUR LE DOCTEUR J.M.G. HENRY

MADAME LE DOCTEUR F. BOIGE DOUCET

A NOS MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

Notre reconnaissance profonde pour leur précieux enseignement.

A L'INSTITUT CHIBRET

Il nous a considérablement aidé en mettant son remarquable service de documentation bibliographique à notre disposition.
Nous l'en remercions vivement.

P L A N

1. Définition
2. Historique : - Preziosi
   - principaux auteurs
3. Indications
4. Techniques : - classique décrite par Scheie
   - variantes : . Malbran
     . Mac Lean
     . Liu Ying Ch'i
5. Applications à des cas particuliers :
   - glaucome et cataracte
   - glaucome congénital
   - glaucome de l'aphake
   - glaucome hémorragique
6. Technique adoptée dans le service
7. Résultats des auteurs
8. Résultats du service
9. Conclusion.

I N T R O D U C T I O N

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

L'iridectomie filtrante connue sous le nom d'intervention de Scheie constitue une intervention fistulisante anti-glaucomateuse au même titre que l'iridencleisis et la trépanation d'Elliot.

Elle associe d'une part une iridectomie basale, d'autre part une fistule par galvanocautérisation des lèvres de l'incision sclérale.

Sa simplicité autant que son efficacité lui ont valu d'être adoptée par de nombreux chirurgiens, dont certains ont d'ailleurs décrit quelques variantes.

H I S T O R I Q U E

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

Si dès 1856 von Graefe découvre que l'iridectomie peut guérir le glaucome, c'est en fait à Préziosi (1924) que l'on doit la première iridectomie filtrante, pratiquée à l'aide d'un cautère.

Sa technique était la suivante :

- désinfection et cocaïnisation de l'oeil, dissection d'un lambeau conjonctival;
- application d'un électrocautère dont la pointe est rougie au niveau de la jonction cornéolimbique vers l'angle de la chambre antérieure;
- le cautère est appliqué plusieurs fois jusqu'à ce que l'on observe une issue d'humeur aqueuse au niveau de la plaie;
- le lambeau conjonctival est remis en place et fixé en cinq points;
- l'intervention est terminée.

Scheie (1958) a repris le procédé en l'améliorant. C'est sa technique que nous décrirons.

Par la suite la technique a subi de nombreuses modifications

- Malbran
- Mac Lean
- Liu Ying Ch'i

I N D I C A T I O N S

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

A la lumière des travaux de la littérature, l'intervention de Scheie s'applique pratiquement à tous les types de glaucome.

Glaucome primitif

1. Le glaucome par fermeture de l'angle représente une indication de choix : soit que le glaucome soit passé à la chronicité et que l'angle reste constamment fermé, soit qu'après une crise aigue ou sub-aigue persiste une tonographie perturbée et des goniosynéchies assez étendues pour contre-indiquer une iridectomie périphérique simple. En effet l'angle étroit de ce type de glaucome fait déconseiller la sclérectomie ou la trépanation d'Elliot. Quant à l'iridenclesis, si son indication demeure, elle peut être tempérée par l'existence d'une réaction irienne congestive importante ou d'une atrophie de l'iris rendant la fistulisation par la mèche irienne très aléatoire.

2. Dans le glaucome chronique simple, l'indication est la même que celle d'une trépanation d'Elliot ou d'un iridenclesis. Elle peut toutefois se faire même en présence d'un iris atrophique.

3. Dans le glaucome congénital une intervention de Scheie a pu donner de bons résultats là où la goniotomie

n'était pas praticable ou n'avait pas donné les résultats escomptés. L'iridectomie filtrante peut être indiquée dans le glaucome de l'aphake et aussi dans l'intervention associant l'extraction de la cataracte comme intervention anti-glaucomateuse.

L'intervention de Scheie garde des indications limitées dans les glaucomes secondaires post-uvéites,dans les glaucomes hémorragiques en raison de la réaction inflammatoire et hémorragique qui succède très souvent à ce type d'intervention.

T E C H N I Q U E S

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

TECHNIQUE CLASSIQUE DECRITE PAR SCHEIE

Le principe de la galvano-cautérisation de Scheie est d'obtenir par chauffage une rétraction des lèvres de la sclérotomie et une ouverture durable entre chambre antérieure et l'espace sous-conjonctival. On associe la cautérisation et l'iridectomie périphérique pour éviter un prolapsus irien et l'obstruction de la plaie par l'iris. La technique de Scheie est la suivante (1958) :

- L'intervention est pratiquée sous anesthésie générale ou sous anesthésie locale avec akinésie et rétro-bulbaire.

- On place un fil de traction dans le droit supérieur. Pour mieux pratiquer la dissection du lambeau conjonctival on infiltre la conjonctive par du sérum ou de la procaïne.

- On prépare un lambeau conjonctival classique et généralement dans un quadrant temporal supérieur ou inférieur. Le lambeau est disséqué au ras de la sclère et jusqu'au limbe sans poursuivre dans les lames cornéennes.

- A un millimètre environ en arrière de l'insertion du lambeau, à la limite de la cornée transparente et de la sclérotique, on amorce au cautère d'Hildreth la sclérotomie sur une longueur de trois à quatre millimètres et parallèle au limbe.

Une incision est faite sur la zone cautérisée perpendiculairement à la surface de la sclère en direction de l'angle de la chambre antérieure. Le cautère est de nouveau appliqué sur les lèvres de l'incision sclérale pour créer une rétraction d'au moins un millimètre des bords de la plaie. La cautérisation est généralement plus étendue au niveau de la lèvre postérieure que de la lèvre antérieure. La cautérisation est ainsi poursuivie alternant avec l'incision de la sclère au couteau de Parker ou au scarificateur de Desmarre jusqu'au plan descémétique. L'ouverture de la chambre antérieure est pratiquée au couteau. On fait bailler discrètement l'orifice de sclérotomie en faisant pression légèrement sur la sclère en arrière afin que l'iris fasse hernie. On pratique une iridectomie périphérique. On tapote à l'aide de la spatule la cornée pour que la pupille reprenne sa forme normale.

Parfois l'iris ne vient pas spontanément surtout lorsque l'angle est large et ouvert (Scheie) et on est obligé d'introduire une pince dans la chambre antérieure pour tirer au dehors la racine de l'iris.

La plaie conjonctivo-ténonienne est alors refermée par une suture continue au catgut en veillant bien à charger sur l'aiguille capsule de Tenon et conjonctive. Pour Scheie aucun médicament n'est instillé. On met un pansement mono-

culaire. La réaction inflammatoire est légère et il n'est pas nécessaire d'instiller des mydriatiques après intervention.

VARIANTES

1. MALBRAN (1959)

Elle est très comparable à la précédente et ne diffère que par l'utilisation de la diathermo-coagulation. On fait bailler les deux lèvres de l'incision par application d'une boule diathermique à chacune de ses extrémités, puis on coagule les lèvres à l'aiguille diathermique en insistant plutôt sur la lèvre postérieure.

Une iridectomie est faite aux ciseaux. Malbran conseille le pansement binoculaire pendant vingt quatre heures et des soins post-opératoires : Néomycine Hydrocortisone localement, et un mydriatique faible.

2. MAC LEAN

La technique de Mac Lean diffère en fait assez peu de la technique de Scheie, au moins dans son application au glaucome par fermeture de l'angle. La largeur du lambeau doit être de six à sept millimètres, le sillon doit être pratiqué à la partie postérieure du limbe et avoir de cinq à six millimètres. La cautérisation est stoppée avant de pénétrer dans la chambre antérieure.

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

Mac Lean ne suture pas le plan ténonien mais seulement le plan conjonctival.

Une autre variante proposée par Mac Lean est l'association d'une cautérisation limbique et d'un iridenclesis particulièrement dans le cas de glaucome par fermeture de l'angle non contrôlé.

La cautérisation est appliquée dans la moitié droite du sillon puis l'ouverture de la chambre antérieure est pratiquée au couteau sur toute la longueur de l'incidion. Le pilier irien est alors inclus dans la moitié gauche de la plaie.

3. LIU YING CH'I (1964)

LIU YING CH'I pratique à la manière de Malbran une diathermocoagulation (par deux rangées de diathermo coagulation mais seulement de la lèvre postérieure). Il estime en effet que la diathermocoagulation de la lèvre antérieure expose à une brûlure du lambeau conjonctival ou une opacité cornéenne en regard de la fistule.

4. MELLER

Il propose en outre d'introduire à chaque extrémité de l'incision une spatule à cyclodialyse pour libérer d'éventuelles goniosynéchies.

C A S P A R T I C U L I E R S

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

1. GLAUCOME ET CATARACTE

Un malade présentant des opacités cristalliennes marquées et traité depuis longtemps par des myotiques doit pouvoir bénéficier d'une opération simultanée du glaucome et de la cataracte.

Il est logique que les iridectomies filtrantes de type Scheie aient été combinées à l'extraction du cristallin, bien qu'elles représentent l'une des dernières acquisitions dans l'arsenal thérapeutique de la filtration.

MAC LEAN (1965) préfère cette variante.
Il est conseillé d'opérer sous Mannitol ou Urée, placé en perfusion dans les 24 heures avant l'intervention pour conserver une tension oculaire normale pendant l'intervention.

Voici la description de Malbran :

- Injection sous-conjonctivale de novocaïne pour décoller la conjonctive.
- Incision du lambeau conjonctival à 10-12 mm du limbe de 3 à 9 heures.
- Incision sclérale faite au couteau. Elle peut être réduite et complétée secondairement aux ciseaux.
- Diathermie sur les deux bords de l'incision sur 5 mm.

- Mise en place de deux sutures cornéo-sclérales à 1 et 2 h.
- Iridectomie totale.
- Extraction du cristallin.
- Suture de l'incision.
- Points séparés à la soie pour fermer la conjonctive.
- Injection sous-conjonctivale d'hydrocortisone à 6 h.

BANGERTER préconise la mise en place de 3 sutures cornéo-sclérales à 10h.30, 1h.30 et midi.

A mi-distance entre deux sutures consécutives on fait une iridectomie basale puis les bords de la base sont cautérisés avec la boule du cautère en regard des iridectomies.

La sclère se rétracte, le cristallin étant ensuite extrait à la pince après zonulyse enzymatique.

Les fils sont serrés avec un surjet sur le lambeau conjonctival.

2. GLAUCOME CONGENITAL

La cautérisation limbique ne peut supplanter la gœniotomie. Elle est donc indiquée en cas d'échec de cette dernière intervention, ou lorsque celle-ci est impossible en présence d'une cornée oedémateuse.

Pour Scheie la cautérisation est très difficile si elle est faite lorsque l'incision limbique est très avancée, car la sclère est mince et l'on risque d'ouvrir la chambre antérieure avant d'avoir obtenu une cautérisation efficace

et il y a généralement une quantité importante d'humeur aqueuse qui s'échappe, aussi applique-t-il le cautère en balayant le long du limbe jusqu'à ce qu'il y ait fuite d'humeur aqueuse. L'iridectomie doit être faite très prudemment en raison du risque possible de perte du vitré.

Mac Lean adopte à peu près la même technique. Il insiste sur le fait que l'ouverture de la chambre antérieure doit être faite au cautère et que toute cautérisation doit être stoppée dès qu'il y a issue d'humeur aqueuse même si l'orifice de filtration n'est pas très large. Pour Mac Lean, en effet, l'ouverture de la fistule s'élargit dans les jours suivants. Il ne pratique pas d'iridectomie qu'il trouve inutile et qui pour lui affaiblit la charpente sclérale déjà étirée et vulnérable.

3. GLAUCOME DE L'APHAKE

L'indication a été portée par Mac Lean en l'absence de vitré dans la chambre antérieure. L'incision doit être antérieure, à un demi millimètre en arrière de la base du lambeau. L'ouverture de la chambre antérieure est pratiquée avec la pointe du cautère comme pour le glaucome congénital. L'iridectomie n'est pas faite pour éviter au maximum le risque d'issue de vitré.

4. GLAUCOME HEMORRAGIQUE

L'iridectomie filtrante a été proposée par Farnarier et Rampin dans le glaucome hémorragique. Encore faut-il choisir la zone de l'angle la moins vascularisée. Le risque hémorragique survient essentiellement au moment de l'iridectomie, aussi les auteurs utilisent-ils le procédé d'Ellis Thompson qui consiste à saisir l'iris à la pince et à appliquer sur celle-ci l'électrode diathermique de manière à coaguler la zone de section de l'iris. Pour Farnarier cette intervention a non seulement une action antalgique mais dans un certain nombre de cas une action hypotensive réelle.

---

3 - L'injection sous-conjonctivale de cortisone en fin d'intervention

Elle nous parait essentielle en raison du risque inflammatoire provoqué par le chauffage de la sclère,risquant d'amener dans les suites un tissu conjonctif cicatriciel compromettant la filtration.

Nous préférons injecter du Soludécadron au niveau même de la bulle de filtration après avoir terminé le surjet conjonctival et à l'aide d'une aiguille très fine pour ponction de chambre antérieure. Elle permet en outre de gonfler la bulle conjonctivale et d'amorcer la filtration.

4 - Soins post-opératoires

- Atropine collyre pendant un mois.
- Traitement corticoïde local pendant un mois, général pendant cinq jours.

RESULTATS DES AUTEURS

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

SCHEIE

SUR 215 YEUX

TYPE DE GLAUCOME	Nombre d'yeux	RESULTATS			
		Tension oculaire contrôlée			Echec
		Normalisée	Hypotonie	%	
ANGLE ETROIT · Aigus négligés	24	23	0		1
· Chronique -1°interv.	49	26	7		16
-interv. antérieure	5	5	0		0
TOTAL	78	54	7	78 %	17
CHRONIQUE SIMPLE. · Angle étroit -1°opérat.	61	38	9		14
-interv. antérieure	8	6	2		0
· Angle large -1°opérat.	64	42	14		8
-interv. antérieure	4	4	0		0
TOTAL	137	90	25	84 %	22
TOTAL GENERAL	215	144	32	82 %	39 (18 %)

RESULTATS DES AUTEURS

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

SCHEIE

SUR 215 YEUX

TYPE DE GLAUCOME	Nombre d'yeux	RESULTATS			
		Tension oculaire contrôlée			Echec
		Normalisée	Hypotonie	%	
ANGLE ETROIT · Aigus négligés	24	23	0		1
· Chronique -1°interv.	49	26	7		16
-interv. antérieure	5	5	0		0
TOTAL	78	54	7	78 %	17
CHRONIQUE SIMPLE. · Angle étroit -1°opérat.	61	38	9		14
-interv. antérieure	8	6	2		0
Angle large -1°opérat.	64	42	14		8
-interv. antérieure	4	4	0		0
TOTAL	137	90	25	84 %	22
TOTAL GENERAL	215	144	32	82 %	39 (18 %)

BOUNDS G.W. MINTON L.R. et LYLE P.L.

105 YEUX Iridectomie + cautérisation sclérale.

TABLEAU 1 Résultats globaux

Contrôlés	87,6 %
Avec hypotonie	18 %
Contrôle sans myotique	73,03%
Echecs	12,4 %

TABLEAU 2 Résultats dans glaucome par fermeture de l'angle

Angle étroit	Nb.Patients	Contrôlés	Contrôlés sans thérapeutique	Echec
aigu	21	17 80,8 %	16	4 19 %
chronique	32	28 87,5 %	25	4 12,5%

TABLEAU 3 Résultats dans les autres types de glaucome

Type glaucome	Patients	Contrôlés	Contrôlés sans thérapeutique	Echec
gl.chronique simple	40	35 87,5 %	8	5
secondaire				
aphake	3	3	2	0
uvéites	2	2	2	0
trauma	1	1	0	0
hémorragique	1	0	0	1
congénital	3	3	3	0
juvénile	2	2	2	0

TABLEAU 4 Résultats suivant la race

Race	Patients	Contrôlés	Contrôlés sans traitement	Echec
Blanche	82	71	66	11
Noire	23	19	14	4

TABLEAU 5 Complications per et post-opératoires

Complications	Patients	Contrôlés	Contrôlés sans traitement	Echec
Retard formation C.A.	11 / 10 %	7	4	4
Hyphema	11 / 10 %	9	7	2
Mauvaise fistule	17 / 16 %	10	4	7
D.R.	2 / 1 %	2	2	0
Opacification cristallin	19 / 18 %	17	13	2
Infection oculaire	2 / 1 %	1	1	1

MALBRAN NORBIS

SUR 461 CAS

Type glaucome	Nb. Yeux opérés	Bons résultats		Bons résultats avec traitement		Echec	
Angle fermé	165	127	77 %	15	9 %	23	14 %
Angle ouvert	277	225	81 %	15	5 %	37	14 %

SCHEIE

TABLEAU COMPARATIF DE DIFFERENTES INTERVENTIONS FISTULISANTES

372 YEUX

Type intervention	Nb. Yeux	T.O. contrôlée		Echec
1 - Iridencleisis				
glaucome à angle étroit	69	58	84 %	11
glaucome chronique simple	72	60	85 %	12
TOTAL	141	118	83 %	23
2 - Iridectomie type SCHEIE				
glaucome à angle étroit	51	50	98,2 %	17
glaucome chronique simple	111	90	81 %	
TOTAL	162	140	86 %	
3 - Trépanation d'ELLIOT				
glaucome chronique simple	69	68	98,5 %	1

Glaucome à angle étroit	120	69	CLEISIS	84 %
		51	SCHEIE	90,4 %
Glaucome chronique simple	252	72	CLEISIS	85 %
		111	SCHEIE	86 %
		69	ELLIOT	97,4 %

COMPLICATIONS POST-OPERATOIRES

AUTEURS	Retard formation CA	Hyphema	Oedème cornéen	Issue vitré	Glaucome malin	Cristal-lin opacifi-
SCHEIE 162 Yeux	60 / 37 %	17 / 10 %	2 / 1,2 %	1 / 0,6 %	3 / 1,8 %	?
BOUNDS 105 Yeux	11 / 10 %	11 / 10 %				19 / 18 %
TYNER-ARNOLD 72 Yeux	28 / 38,8 %	8 / 11 %		2		5 / 6,9%
SCHEIE 137 Yeux	25 / 18,2 %	23 / 16 %		1		

RESULTATS DU SERVICE

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

Parmi les dossiers que nous avons relevés, les interventions selon la technique de SCHEIE n'ont été pratiquées qu'à partir de 1965.

Notre matériel comprend soixante dix huit patients, soit quatre vingt dix sept yeux.

Ils sont répartis de la manière suivante :

- glaucomes à angle fermé : 28
- glaucome chronique : 43
  - . neuf tonométriques
  - . trente quatre campimétriques
- glaucomes secondaires : 17
  - . cinq Th.V.C.R.
  - . trois aphakes
  - . deux subluxations traumatiques du cristallin
  - . deux irido-cyclites
  - . deux glaucomes hémorragiques
  - . un décollement de rétine absolu
- glaucomes juvéniles : 6
- glaucomes congénitaux : 2
- glaucome infantile : 1

RESULTATS DU SERVICE

TYPE	Nombre d'Yeux	Bons résultats TO < 18	H.T.O. résiduelle contrôlée	Echecs	Opacités cristal-liniennes
Glaucome par fermeture de l'angle	28	24 86 %	2 7 %	2 7 %	13 46 %
Glaucome chronique	43	36 81,5 %	7 15 %	2 4 %	11 39 %
Glaucome secondaire	17	6 37 %	1 6 %	9 56 %	?
Glaucome juvénile	6		5	1	?
TOTAL	94				

ETUDE COMPARATIVE pour glaucome par fermeture de l'angle

	Normalisation tensionnelle	H.T.O. résiduelle contrôlée	H.T.O. résiduelle non contrôlée	Opacités cristal-liniennes
Iridectomie 33 cas	27 81 %	5 15,5 %	1 3,5 %	10 30 %
Scheie 28 yeux	24 86 %	2 7 %	2 7 %	13 46 %
Iridencleisis 57 yeux	47 83 %	8 14 %	2 4 %	22 38 %
TOTAL 118 yeux	98 83 %	15 12,7 %	5 4,3 %	45 38 %

COMPLICATIONS

Complications	Sur 97 yeux	T.O.contrôlée	Contrôlés sous traitement	Echecs
C.A. plate	10 10,1 %	10	0	0
Hyphema	10 12 %	6	2	4
Décollement choroïdien	28 28 %	21	6	1
A.V. modifiée	25 43 % sur 58 yeux	7	0	1

COMMENTAIRES SUR RESULTATS GLOBAUX

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

L'intervention de Scheie constitue semble-t-il une bonne intervention fistulisante puisqu'elle normalise selon les statistiques des différents auteurs entre quatre vingt un et quatre vingt six pour cent des yeux opérés.

Les complications post-opératoires sont à peu près les mêmes que celles de toute intervention fistulisante. Les plus fréquentes sont :

- les décollements choroïdiens : 28 %
- les retards de formation de la chambre antérieure : 10 %

Le pourcentage d'opacités cristalliniennes dans notre statistique est relativement important mais il ne tient pas compte de la fréquence des opacités préexistantes à l'intervention fistulisante.

Si l'on envisage les résultats dans le détail et selon le type du glaucome :

1) dans le glaucome par fermeture de l'angle
   - résultats tonométriques : 86 %
   - complications :
     . opacité du cristallin 46,6 %
     . athalamies 14,2 %
     . décollements choroïdiens 42,8 %
     . cataractes immédiates 10,7 %
     . hémorragies dans la C.A. 3 %

2) dans le glaucome chronique

- bons résultats	:	81,5 %
- opacités cristalliniennes	:	36,6 %

Les glaucomes secondaires n'ont pas donné de bons résultats dans les cas d'hypertonie avec thrombose de la veine centrale de la rétine mais la tension oculaire a été normalisée dans les glaucomes de l'aphake et dans les glaucomes post-uvéites.

C O N C L U S I O N S

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

Si l'on en juge par ces résultats, l'iridectomie filtrante de Scheie constitue une intervention fistulisante tout à fait valable au même titre que l'iridenclésis ou l'intervention d'Eliott (plus de quatre vingt pour cent de normalisation tensionnelle).

Il s'agit d'une intervention simple dans sa réalisation. Elle nécessite cependant l'usage d'un bon cautère réglable, qui ne chauffe pas trop.

Ces complications post-opératoires que nous avons observées ne sont pas plus importantes que celles des autres interventions fistulisantes. La fréquence des opacités cristalliniennes constatées en post-opératoires dans notre statistique apparait certes plus grande que dans les autres types d'interventions fistulisantes, mais cette différence ne s'observe que pour le glaucome par fermeture de l'angle et ne tient pas compte de l'existence ou non d'opacité cristallinienne pré-opératoire.

Les indications de l'iridectomie filtrante sont celles de toute intervention fistulisante. Il parait cependant logique de l'appliquer surtout aux glaucomes par fermeture de l'angle et aux glaucomes chroniques à angle étroit. Elle a pu, selon

certains auteurs, donner de bons résultats dans le glaucome juvénile et le glaucome congénital, là où la goniotomie a échoué ou n'a pu être pratiquée. Enfin elle peut être associée à l'extraction de la cataracte dans le cas d'une extraction combinée.

VU, le Président de Thèse,

M. le Professeur OFFRET

VU, le Doyen,

M. le Professeur BROUET

VU, le Recteur,

M. ROCHE

B I B L I O G R A P H I E

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

1 - ARDOUIN M. & CATROS A. -

Traitement chirurgical du glaucome de l'aphake.

Année thér. clin. ophtal. 18, 199-215, 1967.

2 - BANGERTER A. von -

Kombinerite Katarakt Glaukomoperation.

Deutsch. Opht. Ges., sept. 64.

3 - BELL L.G. -

Cataract and glaucoma. A combined operation

ophtal. Soc. New Zeland Dunedin Oct. 1964

Trans. ophtal. Soc. N. 2, 1964, 17, 35-43.

4 - BESSIERE, VERIN, LE REBELLER -

Opération combinée de cataracte et du glaucome.

Arch. oph. Paris, 29, 1/1969.

5 - BOUNDS G.W., MINTON L.R. & LYLE P.L. -

Peripheral iridectomy with scleral cautery.

Amer. J. Ophtal., 58-1, 84-89, 1964.

6 - CALMETTES L. & DEODATI F. -

Glaucome et cataracte.

Année thér. et Clin. en Opht., tome 18, 217-225,

1967.

7 - DESMERS J.P. -

Les opérations filtrantes dans le glaucome chronique simple.

Union méd. du Canada, tome 96-7, 1967.

8 - DOUGLAS J.H.G., RAMSELL T.G. -

Results of preoperative antiglaucomatous treatment and of Scheie's operation.

Brit. J. Ophtal. 53, 7, 472-476, 1969.

9 - FARNARIER G., RAMPIN S. & RUANET G. -

L'iridectomie filtrante de Scheie et ses indications

Bull. Soc. Oph. France, tome 66-10, 1015-1019, oct. 1966.

10- FARNARIER G., RAMPIN S. & LANCON M. -

Essai de traitement des glaucomes hémorragiques par glycérol et iridectomie filtrante.

Bull. Soc. Oph. France, tome 66-4, 448-454, 1966.

11- HERVOUET F. -

Modification de l'opération de Scheie.

Films présentés Soc. Fr. Oph., 1965.

12- LEGRAND J., HERVOUET F. -

Les glaucomes de l'aphake.

Rapport Soc. Fran. Oph. 18 Avril 1964.

13- LEGRAND J. -

Que faut-il penser de l'opération combinée glaucome cataracte ?

Docum. Ophtal. Den Haag 1966 - 20, 272-277.

14 - LIU-YING-CH'I, TS'UI MO & MENG KUEI-CH'IN -
Scheie - Malbran's filtering operation for glaucoma.
Chin. Med. J., 83, 52-57, 1964.

15 - MAC LEAN -
The combined cataract glaucoma problem.
Trans. Pensylvania. Acad. Opht. 12-19, 1963.

16 - MAC LEAN A.L. -
Limbal lip cautery for glaucoma.
Arch. of Opht. 71-5, 653-661, 1964.

17 - MALBRAN J. and MALBRAN E. -
Consideraciones sobre et tratamiento quirurgico
del glaucoma.
Arch. Oftal. B. Aires 32, 295, 1957.

18 - MALBRAN E. -
Glaucoma Surgery.
Trans. Am. Acad. Ophtal. Oto. 62, 630, 1958.

19 - MALBRAN J. & MALBRAN E. -
Surgical management of Primary Glaucoma.
Am. J. Opht., 47, 34, janv. 1959.

20 - MALBRAN E. -
Chirurgie de la cataracte simple et de la cataracte
avec glaucome.
Soc. Fr. Oph. Paris, mai 1965.

21 - MALBRAN E. & NORBIS A. -

Filtering iridectomy : surgical management, complications and results.

South. Am. Symp. Glaucoma 1966.

Mod. Prob. Oph., 6, 132-147, 1968.

22 - MELLER J. -

Ophtalmic Surgery (1952).

23 - MENEZZO J.L. -

Nuestro proceder quirurgico en la extraction de la cataracta en pacientes glaucomatosos.

Arch. Soc. Oftal. hisp-amer. 1965, 25, 3, 225-252.

24 - MIKUNI M. -

Results of peripheral iridectomy with scleral cautery after Scheie (En Japonais)

Jap. J. Ophtal. 21, 3, 387-404, 1967.

25 - NADEL A.J. -

Sclerotomy with cautery. A review of 110 operations.

Am. J. Opht., 62-5, 955-962, 1966.

26 - NORBIS A., MASSANISSO J. and PESCE E. -

Glaucoma maligno III.

Jornadas Rioplatenses de Oftalmologia Déc. 65.

27 - OFFRET G., BREGEAT P., DEMAILLY P., HAUT J., HAYE C., MORAX P.V. -

Les techniques chirurgicales dans le glaucome chronique.

Table Ronde Paris 10 Jan. 1966.

28 - OISHI P. -

Choroidal detachment following Scheie's peripheral iridectomy with scleral cautery for glaucoma.

Jap. J. Clin. Ophtal. Tokyo 18, 7, 795-799, 1964.

29 - ORZALESI F., VERDI G.P. -

Prevenzione e trattamento di aleune compliconze post-operatorie nella chirurgia del glaucoma.

Atti. Soc. Oftal. Lombarda 21, 2, 165-188, 1966.

30 - PAUFIQUE L., BONAMOUR G. et BONNET M. -

La fistulisation externe des cicatrices filtrantes d'opérations antiglaucomateuses.

Anal. Inst. Barraque 240-263 (April 1965).

31 - PAUFIQUE L. et BONNET M. -

Réfection des cicatrices filtrantes antiglaucomateuses Indications et technique.

Ann. Oculist. 147, 9, 886-893 (1964).

32 - PAUFIQUE L. -

Les glaucomes de l'aphake.

Soc. Oph. Paris 1964.

33 - POLYCHRONAKOS D. -

Scheie's operation.

Arch. Ophtal. Hetair borei-Hellad, 12, 130-147, 1963.

34 - POLYCHRONAKOS D.J. -

Die operative Behandlung des sekundären Glaukoms.

Verein. bayerischer Augenärzte; 30 April 1967.

35 - POLYCHRONAKOS D.J. -

Modification of Scheie's fistulising operation for glaucoma.

Arch. Opht., Chicago, 79, 736-737, 1968.

36 - PRESLES-BOUAZIZ D. -

Complications et résultats de quelques cas d'interventions mixtes pour glaucome et cataracte.

Thèse Paris 1967.

37 - PREZIOSI L. -

Electrocautery in the traitement of glaucoma.

British J. Opht., 8, sept. 1924.

38 - PREZIOSI L. -

Results of the electrocautery puncture in the traitement of glaucoma.

XIIIème Concil. Oph. Amsterdam, 1929.

39 - PREZIOSI L. -

Twenty five years of galvano-cautery puncture in the traitement of glaucoma.

XVI° Interna. Cong. Opht., London, 1950.

40 - SAKIC D. -

Beitrag zur Staroperationen im glaukomatosen Augen.

Ber. Dtsch. Opht. Ges. 1960, 63, 350-354.

41 - SCHEIE H.G. -

Electrocoagulation of the sclera; reduction in ocular volume and pathologie changes produced.

Am. J. Ophtal. 36, 6, 11, 60-78, 1949.

42 - STEIN H.G. -

Retraction of scleral wound edges as a fistulising procedure for glaucoma.

Am. J. Opht., 45, 220, 1958.

43 - STEIN H.G. -

Peripheral iridectomy with scleral cautery for glaucoma.

Arch. of Opht., 61, 291, 1959.

44 - STEIN H.G. -

Filtering operation for glaucoma : a comparative study.

Am. J. Opht. 53, 571, 1962.

45 - STEIN H.G. -

Peripheral iridectomy with scleral cautery in congenital and juvenile glaucoma.

Arch. of Opht., 69, 13-22, 1963.

46 - STEIN H.G. -

Trans. Opht. Soc U.K., 84, 127-137, 1964.

47 - STEIN H.G. -

The chirurgical management of primary glaucoma.

Trans. Pacif. Cat. Oto-Opht. Soc., 45, 215-222, 1964.

48 - SUREMILI P. -

Les cicatrices filtrantes des interventions anti-glaucomateuses.

Thèse Lyon 1968.

42 - SCHEIE H.G. -

Retraction of scleral wound edges as a fistulising procedure for glaucoma.

Am. J. Opht., 45, 220, 1958.

43 - SCHEIE H.G. -

Peripheral iridectomy with scleral cautery for glaucoma.

Arch. of Opht., 61, 291, 1959.

44 - SCHEIE H.G. -

Filtering operation for glaucoma : a comparative study.

Am. J. Opht. 53, 571, 1962.

45 - SCHEIE H.G. -

Peripheral iridectomy with scleral cautery in congenital and juvenile glaucoma.

Arch. of Opht., 69, 13-22, 1963.

46 - SCHEIE H.G. -

Trans. Opht. Soc U.K., 84, 127-137, 1964.

47 - SCHEIE H.G. -

The chirurgical management of primary glaucoma.

Trans. Pacif. Cst. Oto-Opht. Soc., 45, 215-222, 1964.

48 - SOURDILLE P. -

Les cicatrices filtrantes des interventions anti-glaucomateuses.

Thèse Lyon 1968.

56 - TYNER G. & ARNOLD C. -

Peripheral iridectomy with scleral cautery.

Arch. of Opht., 68, 581, 1962.

57 - WOILLEZ M., BLERVACQUE A. & WWAUREBOMCO Ch. -

Décollement choroïdien dans les interventions combinées.

Bull. Soc. Fran. Opht. 1, janv. 1968.

58 - YAMANOUCHI U. -

A histopathological study after operation of Scheie.

Jap. J. Clin. Ophtal. 21, 5, 704, 1967.

59 - ZUCCOLI A. -

L'iridectomie basale filtrante.

Atti. Soc. Oftal. Lombarde 1965, 20, 2, 175-183.

-:-:-:-:-

56 - TYNER G. & ARNOLD C. -

Peripheral iridectomy with scleral cautery.

Arch. of Opht., 68, 581, 1962.

57 - WOLLÉZ M., BLERVACQUE A. & WWAUREBOMOO Ch. -

Décollement choroïdien dans les interventions combinées.

Bull. Soc. Fran. Opht. 1, janv. 1968.

58 - YAMANOUCHI U. -

A histopathological study after operation of Scheie.

Jap. J. Clin. Ophtal. 21, 5, 704, 1967.

59 - ZUCCOLI A. -

L'iridectomie basale filtrante.

Atti. Soc. Oftal. Lombarde 1965, 20, 2, 175-183.

-:-:-:-:-